

# 新型农村合作医疗的可持续发展

□ 文 / 傅丽芬



建立新型农村合作医疗制度,是从现阶段基本国情出发,解决农民看病难问题的一项重大举措。3年多来的实践表明,新型农村合作医疗对于缓解农民因病致贫、因病返贫,降低农民的大病医疗风险起到了积极作用。但是,新型农村合作医疗实践过程中也出现了许多新的问题。本文对福建省新型农村合作医疗试点进行实地调查,在试点实践调查分析中,可以看出,对于制度功能定位,政府的作用的强化等方面着手,建立健康可持续发展的长效机制,以实现新型农村合作医疗的可持续发展。

## 新型农村合作医疗的基本情况

福建省新型农村合作医疗试点工作从2004年开展以来,运行平稳,初步构建了福建省农村基本医疗保障的雏形,

主要表现在:

试点范围不断扩大。福建省自2004年起,在安溪县、新罗区和同安区3个县(区)推行新型农村合作医疗试点工作;2005年增加了罗源县、长泰县、荔城区等6个县(市、区),参保率为78.56%;2006年又将试点范围扩大为36个县(市、区),覆盖农业人

口1144.66万人,参保人数982.68万人,参保率为85.85%,高于全国同期80.66%的平均水平。

试点模式多样化。目前福建省新型农村合作医疗试点模式有三种:一是卫生部门为主办单位,这种模式居多,占试点单位数的73%;二是商业保险公司主办,目前明确由商业保险公司经办的试点有7个,占试点总数的21%;三是医保中心为主办单位,占试点总数的6%。

医疗补助标准逐步提高。福建原来在医疗补助标准方面是农民个人年缴费10元,各级财政对试点县(市、区)参加新型农村合作医疗农民的资助额,每年每人不低于15元,年人均筹资总额不少于30元。2006年,政府补助标准提高到40元,人均最低筹资水平50元。2007年福建省的人均最低筹资水平达到60

元,其中政府的补助标准50元。截至2006年底,福建共有982.68万农民加入合作医疗,参保率高达81.79%,筹资总额49800.35万元,其中各级财政补助38923.6万元,占总筹资额的78.15%。36个试点县(市、区)全部启动了补偿报销工作,人均住院补偿932.4元,参保农民人均住院费用的23.96%得到了补偿。

## 农村合作医疗试点中存在的主要问题

福建省的新型农村合作医疗制度建设虽然取得了较大的进展,但毕竟刚刚起步,还存在不少难点和问题,与制度建设本身的要求及农民群众的期望还有一定的差距。

1. 参保人口的总体受益面和受益率不高,农民参保的积极性不足。

新型农村合作医疗制度的功能定位主要是“重点解决农民因患传染病等大病而出现的因病致贫、返贫问题”。在福建省新型农村合作医疗制度实践中,绝大部分试点地区也都是强调大病住院医疗和特殊病种门诊医疗统筹,而忽视大多数农民的基本医疗保健需求。如龙岩的新罗区,其保障目标定位就是保住院医疗费用的一部分。这种“补大不补小”的制度模式,在实践中带来的问题就是参保人口的总体受益面和受益率普遍过

低,影响了农民参保的积极性。

2. 长效筹资机制缺位,参保筹资难度大。

新型农村合作医疗制度是由农民出资,由政府定额补助,形成农民与政府共同筹资机制。但是,现行财税体制下的财力纵向失衡,导致一些地方基层政府对农村医疗的财政支持乏力。据福建省卫生厅资料显示,截至2006年4月25日,安溪县市级财政投入缺口507.37万元、县级财政投入缺口5.89万元。随着试点范围的逐渐扩大,县财政的压力将越来越大,将使农村合作医疗制度及公共卫生服务体系运作的重要外力难以得到落实。另外,多数地区还没有建立起合理的农民缴费机制。各级政府有关部门每年在合作医疗缴费时都要进行宣传发动,耗费大量的人力、物力、财力。据估计,试点县的筹资成本相当于合作医疗资金的30%以上,如长期保持如此高的筹资成本,将影响新型农村合作医疗的持续发展。

3. 在减轻参保农民医疗费用负担方面,尚未取得实质性进展与突破。

“看病难、看病贵”是目前制约农村居民医疗服务利用,导致小病不治、大病硬拖,以至于产生“因病致贫、因病返贫”的现象。从福建省的实施情况看,普遍存在报销比例偏低和不可结报费用比例偏高的现象。为防止基金超支,福建省的试点地区大多在方案设计上对大病的发病率估计偏高,对报销比例控制较紧。例如,泉港区天竺村,除了第一笔600多元最后仅获23元的赔偿外,还有许多赔付额低的例子,即使天竺村获赔最多的,所得到的2000元赔偿金也只占其总花费的10%。这么低的比例,对农民来说是杯水车薪。农民就医治病费用仍较高,不能从根本上解决农民看不起病、住不起院

的现实。医药费中不可结报费用(自费费用)占医药总费用比例过高,降低了参保农民的实际受益面,也影响了群众的参保积极性。

4. 农村卫生服务体系不健全,不能适应新型合作医疗的需要。

在纵向由县、乡、村三个层次,横向由医疗、预防保健两条线构成的农村医疗卫生体系中,乡镇卫生院有着承上启下的重要地位,是我国农村医疗卫生事业和社会事业一项重要的功能设置和制度安排。但是,在调查中,部分乡镇卫生院因财政投入严重不足而不得不减少设施、设备的购置、更新。卫生院房屋破旧,床位不足,医疗设备、手段落后,医疗服务质量难以提高,降低了卫生院对农村病人的吸引力,就诊业务量的减少,使卫生院的收入和效益更难增加,自我发展能力严重不足,形成恶性循环,使乡镇卫生院很难发挥社会对它的预期功能。

## 对农村合作医疗的政策建议

三年来福建省的试点工作显示,新型农村合作医疗制度的设计是符合我国国情的,能有效地提高农民的健康保障水平,有利于农民分享经济社会的发展成果。

第一,制度的优化与设计是新型农村合作医疗建立起良性循环的发展机制的关键。三年来福建省从制度建设入手,不断规范组织管理、筹资、基金监管、卫生服务机构监管等方面政策,形成了政府组织领导、卫生部门具体实施、多部门配合的试点工作组织管理体系,确保了新型农村合作医疗试点工作扎实有效地开展。

然而,在制度的功能定位上,新型农村合作医疗制度的设计目标是对参保人

提供机制性的经济保护,防御由大病风险造成的支出危机,但是从卫生投入的绩效以及农民的实际需求角度看,应以保基本健康为出发点,在保大病的同时,重点解决常见病、多发病的预防和治疗。福建省作为经济较发达的省份,可以根据近年来新型农村合作医疗基金的使用情况,将预防保健内容纳入进来,扩大受益面,对疾病早诊断、早治疗,避免小病酿成大病,提高农民的健康素质,保证合作医疗的良性发展;可以在坚持大病统筹为主的原则下,积极探索多种形式的补偿方式。例如采用大病(住院)统筹加门诊统筹、大病(住院)统筹加门诊家庭账户、大病(住院)统筹加门诊统筹与家庭账户相结合等补偿模式,实现新型农村合作医疗制度的大病医疗保险与基本医疗保健的功能整合。

第二,政府的作用是新型农村合作医疗可持续发展的根本保证。合作医疗属于公共产品范畴,主办合作医疗是政府的责任;同时,合作医疗涉及资金、服务、管理等多方面政策,需要由政府主办卫生、农业、财政等多部门协调。

政府的作用主要表现在财政支持上,各级财政支持是福建省试点工作成效显著的关键。然而,实施中政府主体责任未到位。财政投入不足。如,乡镇卫生院和村卫生室本是农民就医的主要去处,但现阶段镇卫生院投入不足,医疗业务水平低,导致大多数乡镇卫生院难以发挥它的功能。办好农村合作医疗就是要让农民有地方看病、看好病、看得起病,因此,各级政府应发挥公共财政的作用和职能,对合作医疗给予必要的资金支持,改善县、乡、村医疗卫生机构的设施条件,保障乡村卫生人员的待遇。

(作者为厦门大学经济学院经济系讲师)